FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1947

N° 456

A PROPOS DE TRENTE-SEPT OBSERVATIONS DE SECTION DU NERF OBTURATEUR

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Marguerite-Renée-Suzanne PFLIEGER

née le 12 mai 1921, à MOPTI (Soudan Français)

présentée et soutenue publiquement le 8 Juillet 1947

Président : M. MATHIEU, Professeur

IMPRIMERIE
JACQUES ET DEMONTROND
BESANÇON

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1947 N°.....

A PROPOS DE TRENTE-SEPT OBSERVATIONS DE SECTION DU NERF OBTURATEUR

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Marguerite-Renée-Suzanne PFLIEGER

née le 12 mai 1921, à MOPTI (Soudan Français)

présentée et soutenue publiquement le 8 Juillet 1947

Président : M. MATHIEU, Professeur

IMPRIMERIE
JACQUES ET DEMONTROND
BESANÇON

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

DOYENS HONORAIRES :

MM. BALTHAZARD, BAUDOIN, ROUSSY

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. AUBERTIN, BALTHAZARD, BASSET, BAUDOIN, BESANÇON, BRINDEAU, CARNOT, CHEVASSU, CHIRAY, CLERC, COUVELAIRE, DELBET, HARTMANN, HEITZ-BOYER, JEANNIN, LAIGNEL-LAVASTINE, LAUBRY, LEMIERRE, LENORMANT, MARION, MULON, OMBRÉDANNE, ROUSSY, ROUVIÈRE, SANNIÉ, SEBILEAU, SÉZARY, TANON.

DOYEN ..... Léon BINET.
Membre de l'Institut.

ASSESSEUR ..... Jean VERNE.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	OLIVIER.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Assistance médico-sociale	N...
Bactériologie	GASTINEL.
Biologie médicale	VERNE.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Cliniques chirurgicales	BROCQ.
— —	CADENAT.
— —	MONDOR.
— —	QUÉNU.
Clinique chirurgicale infantile	LEVEUF.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies des enfants	R. DEBRÉ.
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET.
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique médicale	BÉNARD.
— —	CHABOL.
— —	HARVIER.
— —	LIAN.
Clinique médicale propédeutique	P. VALLÉRY-RADOT.
Clinique de neurochirurgie	VINCENT (Cl.).

Cliniques obstétricales	LANTUÉJOUL.
— —	LÉVY-SOLAL.
— —	PORTES.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SÉNÈQUE.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique de la tuberculose	BERNARD (Et.).
Clinique urologique	FEY.
Embryologie	GIROUD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	ALAJOUANINE.
Histologie	CHAMPY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	BESANÇON (J.).
Hygiène et clinique de première enfance	CATHALA.
Hygiène et médecine préventive	JOANNON.
Médecine du travail	DUVOIR.
Médecine légale	PIEDELIÈVRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.
Pathologie exotique	LAVIER.
Pathologie expérimentale et comparée	LEMAIRE.
Pathologie médicale	MOREAU.
Pathologie et thérapeutique générales	DE GENNES.
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD.
Physiologie	BINET (Léon).
Problèmes alimentaires	RICHET.
Puériculture	LELONG.
Radiologie médicale	DESGREZ.
Stomatologie	DECHAUME.
Physique médicale	STROHL.
Technique chirurgicale	MOULONGUET.
Thérapeutique	LAROCHE.

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. DOGNON *(Physique médicale)*, GAILLARD *(Parasitologie)*, HALPHEN *(O. R. L.)*, JAYLE *(Chimie médicale)*, Mlle LÉVY *(Pharmacologie)*, OLIVIER *(Anatomie)*.

II. AGRÉGÉS EN EXERCICE

Anatomie	CORDIER.
—	DELMAS.
—	N...
Anatomie pathol.	DELARUE.
— —	Mlle GAUTHIER-VILLARS.
Bactériologie	BONNET.
—	FASQUELLE.
Biochimie médicale.	ETTORI.
— —	SCHAPIRA.
Dermatolog. syph.	DEGOS.
Histologie	COUJARD.
—	DESCLAUX.
Hydrologie	DEBRAY.
Hygiène	BOYER.
—	DE PARIS.
Médecine légale	DESOILLE.
Neurologie	DE SÈZE.
Obstétrique	DIGONNET.
—	MAYER.
—	SUREAU.
—	VARANGOT.
Ophtalmologie	OFFRET.
Oto-rhyno-laryng.	AUBIN.
Parasitologie	BRUMPT.

Pathologie chirurg...	FÈVRE
— — .	HUGIER.
— — .	LÉGER.
— — .	MERLE-D'AUBIGNÉ.
Pathologie chirurg..	PADOVANI.
— — .	PATEL.
— — .	ROUX.
— — .	RUDLER.
— — .	SICARD.
Pathologie expér. ..	MERKLEN.
Pathologie médicale	BROUET.
— —	CACHERA.
— —	DECOURT.
— —	DREYFUS
— —	FAUVERT.
— —	GARCIN.
— —	HAMBURGER.
— —	KOURILSKY.
— —	LAMY.
— —	LENÈGRE.
— —	MARCHAL.
— —	MAURIC.
— —	SOULIÉ.
Pédiâtrie	LAPLANE.
—	MARIE (Julien).
Pharmacologie.....	CHEYMOL.
Physiologie	BARGETON.
—	PARROT.
Physique médicale .	DJOURNO.
Psychiâtrie.....	BARUK.
Thérapeutique	BROUET.
Urologie	COUVELAIRE.

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

MM. BASSET *(Pathologie chirurgicale)*, BRINDEAU *(Obstétrique)*, HUGUENIN *(Anatomie pathologique)*, LE LORIER *(Obstétrique)*, VAUDESCAL *(Obstétrique)*.

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

	MM.
Clinique chirurgicale	AMELINE.
— — .	BASSET.
— — .	DE GAUDART.
— — .	D'AURING.
— — .	**FUNCK-BRENTANO.**
— — .	GATELLIER.
— — .	MENEGAUX.
Clinique médicale .	BARIÉTY.
— — .	BOULIN.
— — .	CHEVALLIER.
— — .	COSTE.
Clinique médicale .	DE GENNES.
— — .	HAGUENAU.
— — .	MOLLARET.
— — .	MOUQUIN.
— — .	TURPIN.
Clinique obstétricale	ECALLE.
— — .	LACOMME.
Clinique ophtalmol .	RENARD.
Clinique oto-rhino .	HALPHEN.

V. — CHARGÉS DE COURS

Radiologie ..... LEDOUX-LEBARD.

Secrétaire de la Faculté .... J. MOREL.
Secrétaire-adjoint ..... M. BRISSIAUD.

Bibliothécaire en chef ..... Docteur A. HAHN.
Bibliothécaires ..... Mlles DUMAITRE, GOICHON, LAURENT.

A MES MAITRES

de l'Hôpital Saint-Jacques à Besançon

A MES MAITRES

dans les Hôpitaux de Paris

A mon Maître M. le Docteur G. TISSERAND.

Associé national de l'Académie de Chirurgie
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Jacques

Qui m'a inspiré le sujet de cette thèse et m'a prodigué ses conseils,

En témoignage de ma profonde affection.

A Monsieur le Docteur MATHIEU

Professeur de Clinique chirurgicale orthopédique
Chirurgien de l'Hôpital Cochin

Qui *a bien voulu accepter la Présidence de cette thèse* ;

A LA MÉMOIRE DE MES PARENTS

A MON FRÈRE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A PROPOS DE TRENTE-SEPT OBSERVATIONS DE SECTION DU NERF OBTURATEUR

Durant mon internat chez mon Maître, le Docteur G. Tisserand, j'ai eu l'occasion d'assister à trente-sept sections du nerf obturateur.

La plupart de ces cas concernaient des arthroses de la hanche, du type *morbus coxae senilis*.

Dans deux cas, il s'agissait de chercher à remédier à une grave contracture des adducteurs, par maladie de *Little*.

Dans deux autres cas, il s'agissait de troubles articulaires douloureux, greffés sur d'anciennes luxations congénitales.

Pour beaucoup de ces cas, on pourra peut-être nous objecter que nous n'avons pas un recul suffisant pour juger du résultat éloigné de l'opération.

Quoiqu'il en soit, nous nous proposons dans ce travail de donner très simplement quelques détails concernant la technique employée et les résultats obtenus à l'heure où nous écrivons.

Nous n'ignorons pas que la névrotomie de l'obturateur n'est pas une panacée universelle amenant la guérison de toutes ces arthroses de la hanche. Nous savons très bien que des opérations plus importantes, mais aussi plus complexes, ont pu donner parfois de meilleurs résultats. Nous pensons avec notre Maître, le Docteur G. Tisserand, que la névrotomie de l'obturateur est, à la vérité, une opération mineure par rapport à d'autres, mais nous pensons que, dans beaucoup de cas elle procure aux malades une amélioration notable, à beaucoup moins de frais et avec une gravité bien moindre que les opérations majeures.

Nous pensons en effet que cette opération est très bénigne, très facile, n'entraînant aucune complication fâcheuse ; cet argument a toute sa valeur si l'on songe que très souvent les coxarthriques sont déjà des gens âgés et à état général déficient.

* * *

C'est un sujet d'actualité, fort discuté depuis quelques années, que le traitement de l'arthrite chronique de la hanche.

Maladie considérée longtemps comme incurable, elle aboutissait tôt ou tard, après essai et le plus souvent échec de toute une thérapeutique médicale variée à l'installation progressive d'une infirmité grave et douloureuse.

Les anciens auteurs reconnaissaient aisément que ces malades « atteints d'arthrite sèche et déformante de la hanche, de *morbus coxae senilis*, ont une vie misérable, et que la plupart d'entre eux restent terriblement infirmes pendant de longues années après le début de leur maladie ».

Puisque la médecine se révélait impuissante à soulager, sinon guérir ces malades, la chirurgie s'en empara et apporta enfin l'espoir d'une amélioration appréciable et, aujourd'hui même, on peut presque parler de guérison possible de certains cas réalisant les conditions nécessaires à une intervention.

Nous désirons, dans cette thèse, apporter une petite contribution à cet effort dans la recherche de la thérapeutique la meilleure.

Depuis cinq ans, mon Maître, le Docteur G. Tisserand, eut l'occasion de pratiquer, tant dans son service hospitalier qu'à sa clinique privée, trente-sept névrotomies obturatrices avec recherche systématique et ces derniers temps section (quand cette recherche aboutissait) du nerf obturateur accessoire.

Nos résultats, loin d'être toujours parfaits, nous ont néanmoins procuré quelques vives satisfactions personnelles : en effet, certains malades sont venus d'eux-mêmes réclamer l'intervention subie par d'autres avec succès.

La section du nerf obturateur seul nous a donc donné quelques améliorations si totales qu'elles peuvent être appelées guérisons, de nombreuses améliorations, enfin, des échecs plus ou moins totaux.

Rappelons d'abord brièvement ce qu'est l'arthrite sèche de la hanche, ses signes cliniques.

Deux grands signes la caractérisent :

La douleur ;

L'impotence fonctionnelle.

Ces deux signes se retrouvent constants, presque semblables, chez tous nos malades.

La douleur ne survient, au début, qu'à la suite d'une fatigue, d'une longue marche, d'un effort, mais, peu à peu, elle devient plus fréquente, accompagne chaque déplacement, et, finalement, s'installe définitivement, persistant même au repos, troublant le sommeil.

Son apparition est insidieuse, exceptionnellement brutale et il est rare que le malade puisse fixer la date précise du début de sa maladie.

C'est son évolution progressive, son installation définitive qui l'incite à venir consulter. A cette période, un deuxième grand signe est apparu, complétant le tableau clinique, c'est :

La gêne fonctionnelle.

Son évolution est absolument indépendante de la douleur, parfois parallèle, parfois beaucoup plus tardive. Elle se traduit par une limitation de certains mouvements et il semble que ce soit toujours l'abduction et l'extension qui présentent la limitation la plus précoce.

A l'examen du malade, la douleur provoquée est parfois difficile à mettre en évidence. La hanche étant une articulation profonde, les **points douloureux** qui trahissent son état pathologique sont quelquefois impossibles à trouver.

Lorsqu'ils existent, ils sont de deux ordres :

1° **Les points douloureux antérieurs** obtenus par pression du pli de l'aîne au niveau de la tête fémorale.

2° **Les points postérieurs** au niveau de la fesse et de la partie supérieure de la cuisse.

Mais deux faits très importants sont ici à signaler : de nombreux malades se plaignent de douleurs irradiées siégeant dans la cuisse et surtout dans le genou.

Combien de nos malades sont venus consulter pour une gonalgie, persuadés que leur seul genou était en cause, et furent étonnés quand on leur annonça, après confirmation clinique et radiologique, que leur genou était sain et que seule la hanche était malade.

Les douleurs postérieures peuvent aussi prêter à confusion. Ainsi, deux de nos malades étaient-ils soignés pour une sciatique « rebelle », alors qu'un examen de la hanche aurait fait rectifier l'erreur commise.

L'examen des **mouvements articulaires** montre une gêne fonctionnelle due à la limitation des mouvements, au début de l'abduction et de l'extension, puis de l'adduction, enfin, plus tardivement, de la flexion. Arrivée à un stade plus avancé, la maladie provoque une attitude vicieuse en flexion et adduction, tout mouvement devient impossible : ankylose et contracture musculaire en attitude vicieuse sont impossibles à vaincre. Il est facile alors de concevoir quel grand infirme devient le malade.

⁂

Tous nos malades ont été l'objet d'un examen radiologique et nous nous rattachons à la classification des lésions qu'a faite le Professeur Tavernier.

Les lésions visibles radiologiquement sont variées. La plupart peuvent cependant être rattachées aux formes décrites.

La forme hypertrophique déformante, où la tête fémorale augmentée de volume est aplatie, irrégulière, débordant le col, qui reste en général sensiblement normal. Le cotyle a tendance à s'évaser, à s'agrandir pour s'adapter au volume de la tête. De plus ou moins nombreux ostéophytes expliquent la limitation de jeu de l'articulation, son blocage parfois complet.

Dans une deuxième forme, les lésions semblent moins importantes. Il s'agit d'un *pincement articulaire* dû à un amincissement du cartilage érodé et irrégulier. Parfois, la raréfaction osseuse se

traduit par une ou deux taches claires, véritables cavernes intra-osseuses.

Enfin, chez une de nos malades, nous avons constaté une double *protrusion acétabulaire*. D'un côté, le fond du cotyle, usé, avait laissé pénétrer la tête fémorale qui venait faire saillie dans la cavité pelvienne, alors que, de l'autre côté, l'évolution ébauchée montrait la tête fémorale appuyée sur le cotyle aminci.

Une seule de nos malades, une des dernières opérées en date, présentait un épaississement de tout le corps fémoral, avec quelques taches d'aspect kystique et, au niveau de l'articulation, un pincement de l'interligne.

*
**

Ainsi, quel traitement chirurgical proposer à ces malades, déçus partout des traitements antérieurs, médicaux ou cures thermales ? On peut classer les interventions chirurgicales en deux grandes catégories :

Interventions majeures

Interventions mineures

Les interventions majeures, sur lesquelles nous n'insisterons pas sont, toujours d'après le Professeur Tavernier :

1° L'arthrodèse de la hanche, qui a pour but l'ankylose, en bonne position, de l'articulation ;

2° L'arthroplastie, qui vise à la réfection des surfaces articulaires déformées, tout en gardant à l'articulation sa mobilité ;

3° Les butées ostéoplastiques, indiquées dans le cas de luxation ou subluxation, lorsque l'insuffisance du toit du cotyle s'est laissée franchir par la pression de la tête fémorale.

Ces trois interventions sont chacune importantes, longues et difficiles et, de ce fait, réclament du malade un état général bon, un âge pas trop avancé, enfin la possibilité de subir sans danger une intervention de plusieurs heures.

Or « il ne faut pas oublier que l'âge des malades atteints d'arthrite sèche ou d'arthrite déformante est, en général, celui où

les tares viscérales et les troubles généraux du métabolisme rendent toutes les grandes interventions chirurgicales dangereuses. Ce seul fait doit suffire à rendre prudents ceux qui seraient tentés de trop étendre les indications de cette chirurgie. »

On a donc cherché s'il n'existerait pas d'autres moyens chirurgicaux capables d'améliorer ces malades, sinon de les guérir. Il existe deux opérations, dites mineures, bénignes, ne portant pas sur l'articulation elle-même et, parmi elles, la *neurotomie obturatrice.*

Disons tout d'abord quelques mots du « forage du col fémoral » : le fait de creuser un tunnel dans le col fémoral modifierait les conditions circulatoires à ce niveau et amènerait une amélioration fonctionnelle de l'articulation, une sédation des douleurs ; opération brève, bénigne, qui donne quelques résultats satisfaisants, mais moins encourageants cependant que ceux fournis par la section du nerf obturateur, à laquelle elle est souvent associée.

C'est dans l'art vétérinaire qu'il faut rechercher l'origine de cette intervention. Elle était en effet employée depuis longtemps dans le traitement de la boiterie du cheval. C'est Camitz, de Gottenberg, qui, en 1933 fit le rapprochement entre la lésion articulaire du cheval boîteux et son traitement et la lésion observée chez l'homme, appelée jusqu'ici coxarthrie. En supprimant le nerf, qui donne sa sensibilité à la hanche, on doit logiquement supprimer la douleur de cette dernière, si douleur il y a.

Pratiquement, la chose est un peu plus complexe, mais le principe reste juste et les résultats obtenus le prouvent. C'est donc en 1933 que pour la première fois fut tentée cette intervention et que Camitz en publia les résultats, encourageants, puisque son procédé fut essayé en France par Tavernier à Lyon et Padovani à Paris.

***

Rappelons tout d'abord quelques données anatomiques concernant la hanche et son innervation :

L'articulation de la hanche reçoit une innervation triple, mais où le rôle du nerf obturateur semble prédominant.

Le nerf obturateur : Né du plexus lombaire par trois racines qui se réunissent dans l'intérieur du psoas, il s'échappe du bord

interne de ce dernier muscle pour passer en avant de l'articulation sacro-iliaque, longer la face interne du bassin un peu au-dessus du détroit supérieur et arriver au canal sous-pubien. Il s'y engage avec les vaisseaux obturateurs généralement situés au-dessous de lui. A part un rameau musculaire destiné au muscle obturateur externe, le nerf obturateur ne donne aucune branche collatérale et c'est dans le canal sous-pubien qu'il se divise en ses branches terminales :

Une branche antérieure, qui passe entre pectiné et petit adducteur, innerve les muscles petit et moyen adducteur et droit interne et envoie une longue et grêle ramification anastomotique au saphène interne.

Une branche postérieure, qui traverse parfois les faisceaux supérieurs du muscle obturateur externe pour venir à la cuisse. Là, elle se divise en plusieurs rameaux, les uns destinés au muscle grand adducteur, qu'ils pénètrent par sa face antérieure, les autres, articulaires, se dirigent soit en dehors, au-dessous du pectiné et se distribuent à la partie interne de l'articulation de la hanche, soit en bas, sur la face antérieure du grand adducteur, qu'il perfore pour arriver au creux poplité et se perdre à la face postérieure de l'articulation du genou.

Le nerf obturateur est donc un nerf mixte :

— par ses faisceaux moteurs, destinés aux adducteurs et parfois aussi au pectiné, il commande l'adduction de la cuisse (mais il faut noter qu'il n'est pas le seul nerf commandant l'adduction, les deux nerfs musculo-cutané et grand sciatique participent à l'innervation des petit et grand adducteurs).

— par ses faisceaux sensitifs, le nerf obturateur donne la sensibilité à l'articulation de la hanche et, accessoirement, au genou.

Deux variantes sont intéressantes à signaler :

— les rameaux articulaires destinés à la hanche sont parfois individualisés en un nerf articulaire bien visible, se détachant soit à son émergence du canal sous-pubien, soit, plus haut, dans

le petit bassin. Dans ce cas, il sort du bassin avec le nerf lui-même, l'accompagnant dans le canal sous-pubien.

— la deuxième variante, qui pour certains auteurs serait assez fréquente (un tiers des cas) est l'existence d'un nerf obturateur accessoire. Suivant Testut et Rouvière, ce nerf, né du plexus lombaire, longe le bord interne du psoas, passe au-dessus de la branche horizontale du pubis, en dehors de l'éminence ilio-pectinée, puis passe sous le muscle pectiné, où il s'anastomose, en formant une anse, avec la branche postérieure du nerf obturateur, non loin du lieu où celle-ci débouche du canal sous-pubien.

C'est là, la description classique du nerf obturateur accessoire ; pratiquement on peut rencontrer, lorsqu'il existe, de nombreuses variations. La plus intéressante est celle décrite récemment par Billet et Gaudefroy, présentant le nerf accessoire comme un nerf volumineux à destinée exclusivement articulaire, se rendant du plexus lombaire directement à la capsule articulaire, sans contracter aucune anastomose avec d'autres troncs nerveux. Ce nerf suit à peu près exactement le bord interne du psoas, il passe avec le muscle sous l'arcade de Fallope, au contact même de l'os coxal, immédiatement en dehors de l'éminence ilio-pectinée ; il aborde presque aussitôt la face antéro-interne de la capsule articulaire et pénètre dans l'articulation, à un centimètre environ au-dessous du petit trochanter.

Les auteurs ci-dessus nommés estiment que ce nerf accessoire exclusivement articulaire se rencontrerait dans un tiers des cas.

Nous avons dit plus haut que l'articulation de la hanche avait une innervation complexe. En effet, si le nerf obturateur semble y jouer le principal rôle, du moins existe-t-il de façon presque constante deux autres rameaux nerveux destinés à la capsule articulaire. L'un, issu du nerf crural (plexus lombaire) qui innerve la partie interne de la capsule par un rameau issu du nerf musculo-cutané-interne (branche destinée au muscle pectiné).

L'autre, issu le plus souvent, semble-t-il, du nerf du muscle carré crural (branche du petit sciatique, plexus sacré). « Ce tableau complet des nerfs de la hanche ne correspond malheureusement pas toujours à la réalité et l'innervation de l'articulation coxo-fémorale est sujette à de très nombreuses variations. » (Billet et Gaudefroy).

***

Voyons maintenant quelles sont les *voies d'accès* du nerf obturateur. Elles sont de deux ordres :

endopelviennes

extrapelviennes

La voie intrapelvienne : le point de repère, pour découvrir le nerf est ici l'orifice interne du canal sous-pubien, qu'il faudra atteindre après une incision des téguments suivant un tracé différent suivant les auteurs, soit :

incision médiane sous-ombilicale,
latéro abdominale,
transversale, juste au-dessus du pubis, du bord interne d'un droit à l'autre (Chandler et Seideler, Chicago, mai 1940).

L'orifice interne du canal sous-pubien est situé à quelques centimètres de la face postérieure de la symphyse pubienne ; à ce niveau, le nerf est accompagné de l'artère et de la veine obturatrices, situées le plus souvent au-dessous de lui. Juste au-dessus de lui, passe la portion oblitérée de l'artère ombilicale.

Quelques ganglions du groupe obturateur se trouvent entre le nerf et la veine iliaque externe. Le nerf est en général facile à trouver. Le point important est de bien le dégager du paquet vasculo-nerveux, car il existe souvent une petite veine accessoire accolée à lui, dont la section occasionnerait un suintement sanguin désagréable.

La voie extrapelvienne consiste à découvrir la région dite obturatrice accessible à la partie toute supérieure de la face interne de la cuisse par une incision parallèle au bord interne du Droit interne et remontant jusqu'à l'épine du pubis.

A ce niveau, dans le tissu cellulaire sous-cutané, se trouve la veine saphène interne. La section de l'aponévrose découvre le plan musculaire constitué par le moyen adducteur et le pectiné. C'est au-dessous de ces derniers muscles (qu'il faut parfois entailler) que se trouve l'orifice crural du canal sous-pubien.

Là se trouve le paquet vasculo-nerveux : le nerf est au-dessus, puis l'artère, puis la veine.

*
**

Pour notre part, nous avons adopté aujourd'hui comme voie d'atteinte du nerf, la voie intra-pelvienne.

Le malade étant en position de *Trendelenburg*, nous pratiquons une incision médiane sous-ombilicale.

L'écarteur de *Gosset* étant placé sur les grands Droits, le péritoine non-ouvert et décollé (ce décollement a toujours été très facile) la symphyse pubienne est repérée.

A quelques centimètres en dehors d'elle, l'index sent la dépression du canal sous-pubien. L'opérateur doit se placer du côté opposé au côté malade, afin d'avoir une bonne visibilité sur le champ opératoire profond.

Une compresse montée dégage doucement cette dépression souvent revêtue d'un peloton adipeux. On découvre alors le paquet vasculaire qui s'y engouffre ; au-dessous de lui est le nerf, que l'on soulève avec le crochet. L'opération est très facilitée par les deux grands écarteurs de *Leriche*. La section du nerf est toujours suivie immédiatement d'une brève secousse musculaire du membre correspondant.

Cette technique, employée par notre Maître, le Docteur G. Tisserand, a l'avantage d'être simple, rapide, extra-péritonéale, très pratique quand l'opération doit être bilatérale.

De plus, l'intérêt de la section haute du nerf est, outre sa facilité d'atteinte, la certitude de l'énervation totale des filets articulaires et la possibilité de la recherche systématique aujourd'hui, d'un nerf obturateur accessoire sur le bord interne à la face intérieure ou même dans l'intérieur du psoas.

Certains auteurs ont critiqué cette section totale qui entraînerait des troubles moteurs gênants. L'expérience vient ici confirmer les données anatomiques : nous n'avons jamais, parmi les trente-sept cas d'énervation, constaté de troubles, de déficience totale des adducteurs.

Les deux nerfs sciatique et musculo-cutané suffisent vraisemblablement au bon fonctionnement de la masse musculaire des adducteurs.

« La puissance de l'adduction est diminuée, elle n'est pas abolie ». (M. Ricard).

Nous nous rattachons entièrement à l'avis de M. Ricard.

« J'estime que, pour ma part, c'est précisément cette diminution de l'adduction, avec les conséquences qu'elle entraîne, qui est le facteur le plus important dans la disparition des douleurs consécutives à l'arthrite chronique de la hanche... et c'est pourquoi je préfère actuellement et sans aucune hésitation sectionner le nerf par voie endo-pelvienne que par voie crurale. »

Cette technique opératoire n'a pas été employée par nous dès nos premières interventions. Nos premiers malades ont eu comme incision celle de la ligature de l'iliaque externe.

Une fois même, nous n'avons pu trouver le nerf par cette voie et avons dû emprunter la voie crurale dans un second temps pour y parvenir.

Ce n'est qu'à la suite d'une section bilatérale ayant nécessité la voie médiane sous-ombilicale que nous l'avons adoptée définitivement.

OBSERVATIONS

Notre statistique porte sur trente-sept cas :

— Trente-deux cas de coxarthrie (type *morbus coxae senilis*)

— Deux cas d'arthrite greffée sur hanche mal formée chez des femmes jeunes,

— Deux cas de maladie de *Little*. Nos deux sujets atteints de maladie de *Little* présentaient comme symptômes dominant une contracture intensive des adducteurs, qui gênait terriblement leur activité quotidienne. Tous deux furent fort améliorés par la sédation de la contracture en adduction et purent marcher beaucoup plus facilement.

Nous n'avons pas eu de nouvelles des deux jeunes femmes qui présentaient une arthrite sur hanche subluxée ; leur état était satisfaisant et les douleurs avaient cessé à leur sortie de l'hôpital.

Quant aux trente-deux observations de coxarthrie, elles portent toutes sur des sujets dont l'âge minimum est de 43 ans et maximum 76 ans. Sept d'entre eux ont de 43 à 50 ans ; douze ont de 50 à 60 ans ; dix ont de soixante à soixante-dix ans. Enfin, quatre ont plus de 70 ans.

Il est rare de retrouver dans les *antécédents* une maladie pouvant avoir été la cause de la coxarthrie actuelle. Trois de nos malades (observations n^{os} 5, 28 et 33) ont présenté des crises rhumatismales avec atteinte douloureuse fréquente de la hanche. Chez un seul, on relève un traumatisme ancien, violent, de la hanche, avec fracture du fémur correspondant (observation n° 6).

Deux étaient porteurs, sans le savoir, d'une subluxation de la tête fémorale, n'ayant entraîné jusqu'alors aucune claudication (observations n^{os} 31 et 10).

Enfin, chez l'une d'elles, on note une ostéomyélite chronique de l'extrémité supérieure du fémur et du bassin associée à une subluxation congénitale (observation n° 32).

Quant aux résultats des examens radiologiques, 23 se rattachent à la forme hypertrophique déformante, avec de plus ou moins nombreuses exostoses et proliférations ostéogéniques,

Neuf sont caractérisées par un pincement de l'interligne, avec parfois destruction ou érosion du cartilage et des géodes introsseuses.

Une seule de nos malades présentait une double protrusion acétabulaire (observation n° 19).

L'intervention elle-même chez nos 37 opérés fut toujours simple, facile et de courte durée. L'anesthésie générale fut obtenue par l'emploi du pentothal et complétée (sauf chez nos malades les plus âgés, où le pentothal seul fut suffisant) par l'éther.

Nous n'avons à noter, en cours d'intervention, que deux petits accidents hémorragiques, dus à la section, en même temps que celle du nerf, d'une petite veine (observations n^{os} 18 et 23).

La mise en place pendant quarante-huit heures d'un petit drain ne compliqua pas les suites opératoires.

Dans les jours qui suivirent l'intervention, nous n'avons à noter aucune complication et tous nos malades furent levés dès le troisième ou quatrième jour après l'opération. D'une façon générale, le résultat est immédiat au point de vue du soulagement de la douleur, dès le lendemain de l'opération.

Quant aux résultats opératoires, voici ce qu'ils sont au moment où nous écrivons (10 mai 1947).

Les dernières observations sont de date récente et nous n'avons, pour les juger, qu'un à quelques mois de recul.

Les deux maladies de *Little* ont obtenu ce que nous leur avions promis : une sédation de l'attitude vicieuse en adduction par relâchement de la corde des adducteurs.

Quant aux 33 cas de maladie coxarthrie, deux étaient morts (70 et 76 ans), le décès dû à des affections intercurrentes était survenu plus de six mois après l'intervention.

Sur les 31 cas restant, deux n'ont pu être retrouvés. Il nous reste donc 29 malades dont nous avons pu suivre la trace. Le meilleur résultat obtenu est celui de la malade atteinte de protrusion acétabulaire. C'est une paysanne qui a pu reprendre ses travaux, ne souffre absolument plus et marche maintenant normalement.

Nous avons neuf très beaux résultats, neuf malades qui ont repris leur activité normale, ne souffrent plus du tout, marchent normalement et sans fatigue appréciable.

Quatorze autres ont été fort améliorés. Ils souffrent beaucoup moins qu'avant l'intervention, ont pu reprendre une vie sensiblement normale, mais en évitant toute marche prolongée, tout effort

pénible... Subjectivement, ces malades sont contents ; beaucoup avaient essayé de nombreux traitements médicaux sans résultat et ont obtenu enfin le soulagement désiré, sinon une guérison.

Il reste enfin cinq malades chez qui le résultat est absolument nul. Aucun soulagement ne leur a été apporté. Ils souffrent autant qu'avant.

Enfin, pour terminer, notons le cas de l'observation 3. Il s'agit d'un malade opéré en avril 1943, qui n'avait à cette époque reçu aucune amélioration post opératoire. Il alla trouver un autre chirurgien qui lui fit un forage en avril 1945, également sans résultat, et revient trouver le Docteur G. Tisserand en janvier 1947.

On trouva chez lui un nerf accessoire qui fut sectionné et amena enfin le soulagement cherché. Le malade ne souffre plus depuis cette date.

*
**

Observation 1. S. A., 60 ans, à Morez, maçon.

Souffre depuis 1939 de la hanche droite, traité médicalement jusqu'en 1942, sans résultat.

Une radio montre alors une lésion de l'articulation, type *morbus coxae senilis.*

Le 22 décembre 1942, on pratique une résection sur deux centimètres, du nerf obturateur droit, après incision de la ligature de l'iliaque externe.

Très bonnes suites opératoires, mais récidive au bout d'un mois. On pratique alors une série d'injections de thiodacaïne.

Amélioration, mais nouvelle récidive deux mois plus tard. On pratique alors un forage du col fémoral qui est suivi d'une très grande amélioration.

Malade perdu de vue.

Observation 2. T. E. , 66 ans, cultivateur à Deluz.

Souffre depuis sept ans de son membre inférieur droit, sans pouvoir localiser le point de départ de la douleur cuisse ou genou. La marche est de plus en plus pénible.

L'examen met en évidence une très grosse limitation des mouvements de l'articulation coxo-fémorale, en particulier de la flexion et de l'abduction.

On note un point douloureux à l'aine, une amyotrophie de la cuisse droite.

La radio confirme le diagnostic d'arthrose de la hanche, à type *morbus coxae senilis.*

Le 6 janvier 1943, on fait une résection du nerf obturateur sur deux centimètres, après incision de la ligature de l'iliaque externe.

Amélioration immédiate, subjective et objective, dès le lendemain de l'opération.
Le 19 février 1946, l'amélioration a persisté, moins nette cependant qu'au début.
Le malade peut actuellement marcher, jardiner, chasser, sa hanche ne devient douloureuse qu'après fatigue.
Assez bon résultat, amélioration persistante.

Observation 3. G. F., 43 ans à Besançon.

Souffre depuis trois ans de la hanche droite. La marche est devenue difficile, certains mouvements, en particulier. Les flexions sont presque impossibles. La mobilisation passive de l'articulation est très douloureuse, les mouvements très limités.
Une radio, en décembre 1942, confirme le diagnostic d'arthrite chronique de la hanche (condensation osseuse et proliférations ostéophytiques).
Le 27 avril 1943, après incision de la ligature de l'iliaque externe, on résèque le nerf obturateur sur une longueur de deux centimètres.
Très bonnes suites opératoires.
Récidive en 1944.
30 avril 1945, forage du col fémoral ; les douleurs reprennent néanmoins quelques mois après.
Le 11 janvier 1947, une nouvelle radio donne le même résultat que celle pratiquée cinq ans auparavant.
15 janvier 1947, après une incision médiane sous-ombilicale, on recherche, après décollement du péritoine, un nerf obturateur accessoire, que l'on découvre effectivement à la face antérieure du psoas, et que l'on sectionne.
Très bonnes suites opératoires.
Jusqu'à présent, l'amélioration immédiate post-opératoire a persisté, les douleurs n'ont pas repris.

Observation 4. P. F., 58 ans, restauratrice à Roulans.

Arthrose douloureuse, très ancienne, des deux hanches, beaucoup plus marquée cependant à gauche. La hanche droite est presque ankylosée, la contracture des adducteurs est intense et douloureuse.
Le 1er avril 1943 : incision parallèle à l'arcade crurale. On atteint le nerf par voie sous-péritonéale. On le sectionne à son entrée dans le canal sous-pubien. (Opération bi-latérale).
Très bonnes suites opératoires.
Actuellement, l'attitude vicieuse en adduction a cédé, la malade ne souffre absolument plus, mais présente une grosse gêne fonctionnelle due à l'ankylose presque totale de son articulation gauche et une demi-ankylose à droite.

Observation 5. T. L., 48 ans, commerçante à Corcondray.

Présente dans ses antécédents une crise de rhumatisme, en 1940.
Déformation des mains en coup-de-vent.
Souffre depuis novembre 1942 de douleurs dans le membre inférieur gauche, naissant dans la fesse, irradiant à la face postérieure de

la cuisse au genou. La malade croit à une sciatique. L'examen révèle une limitation des mouvements de la hanche gauche, en particulier de l'abduction qui est très douloureuse.

La radio confirme le diagnostic en montrant un pincement de l'interligne coxo-fémoral gauche, une petite géode au-dessus du cotyle.

Le 28 avril 1943, incision de la ligature de l'iliaque externe gauche. Résection du nerf obturateur sur une longueur de deux centimètres.

Très bonnes suites opératoires.

Le 19 février 1946, l'amélioration a persisté, les douleurs n'ont pas réapparu, la malade ne se plaint que d'une fatigue plus rapide du membre inférieur gauche que du droit.

Obervation 6. N. E., 64 ans, Thurey le Mont.

On note dans les antécédents, une fracture de la cuisse gauche en 1928.

Depuis deux ans, à la suite d'une chute de bicyclette, présente une gêne douloureuse dans la marche. Les douleurs deviennent plus fréquentes et plus intenses, et actuellement le malade se plaint d'une sciatique gauche.

A l'examen, très grosse limitation des mouvements de l'articulation coxo-fémorale gauche, avec contracture douloureuse des adducteurs.

Arthrose de la hanche, confirmée par l'examen radiologique.

Le 30 avril 1943 après incision de la ligature de l'iliaque externe, le nerf est impossible à trouver. On referme.

Le 5 mai 1943, on cherche, par voie crurale, après incision le long de la corde des adducteurs.

Le nerf est découvert, infiltré de Novocaïne et arraché le plus haut possible.

Le malade quitte l'hôpital très amélioré.

Le 19 février 1946, le malade souffre beaucoup moins qu'avant l'opération, peut marcher assez facilement, mais fatigue vite. Sa hanche est parfois le siège de craquements douloureux.

Actuellement aucune douleur au repos, mais fatigue rapide et douloureuse du membre.

Observation 7. N. D. Facteur à Mi-Cour.

Souffre depuis un an du membre inférieur droit. Début marqué par des douleurs dans le genou.

Actuellement, le malade ne peut préciser le siège de ses douleurs ; tout le membre est douloureux.

L'examen montre une lésion certaine de l'articulation coxo-fémorale. Grosse limitation des mouvements articulaires, amyotrophie de la cuisse, contracture douloureuse des adducteurs.

Le 26 août 1943, découverte facile du nerf obturateur après incision de la ligature de l'iliaque externe. Résection du nerf sur une longueur de deux centimètres.

Le malade quitte l'hôpital très amélioré ; il reprend peu après son métier de facteur, faisant trente kilomètres par jour à bicyclette.

Observation 8. M. J., 70 ans, à Jallerange.

Morbus coxae senilis, avec grosse déformation de la hanche gauche et contracture douloureuse des adducteurs.
Le 28 juin 1943, incision médiane sous-ombilicale et section facile du nerf avant son entrée dans le canal sous-pubien.
Grosse amélioration post-opératoire.
Décédé en 1945.

Observation 9. B. R. E., 43 ans, cultivateur à Passonfontaine.

Souffre depuis de longues années et de plus en plus d'une arthrite chronique de la hanche droite.
Morbus coxae senilis, confirmée par radio.
Traitée longtemps médicalement sans résultats.
Le 3 juillet 1945, section du nerf obturateur par voie sous-ombilicale sous-péritonéale. Opération très facile et rapide.
On termine par un forage de la masse trochantérienne.
Pose d'un drain dans le tunnel osseux.
Très bon résultat immédiat.
Le 14 septembre 1945, recommence à souffrir, les mouvements sont cependant moins limités.
Actuellement, les douleurs ont repris, aussi vives qu'avant l'opération. Aucune amélioration.

Observation 10. S. C., 53 ans, cultivatrice à Sancey.

Arthrose de la hanche droite évoluant sur une ancienne subluxation congénitale. Douleur et gêne fonctionnelle de plus en plus intenses. La hanche gauche présente une luxation congénitale indolore. La malade réclame d'elle-même une section du nerf obturateur, opération dont elle a entendu parler.
Intervention le 3 avril 1945, voie médiane sous-ombilicale sous-péritonéale. Section du nerf à son entrée dans le canal sous-pubien.
Opération assez laborieuse, décollement péritonéal difficile, néanmoins bien terminée.
Le 19 février 1946, l'amélioration post-opératoire a persisté, mais les douleurs n'ont pas complètement disparu.

Observation 11. D. J., 51 ans, cultivatrice à Vaudrivillers.

Venue consulter pour des douleurs soi-disant sciatiques.
Il s'agit en réalité d'une arthrose de la hanche gauche, remontant à plusieurs années, s'aggravant considérablement depuis plusieurs mois.
Grosse limitation des mouvements.
La radio confirme le diagnostic.
Le 5 décembre 1944, incision médiane sous-ombilicale, décollement péritonéal et section du nerf à l'entrée du canal sous-pubien.
Opération facile.
Le 18 février 1946, la malade est très contente de son opération et ne présente plus aucune douleur de sa hanche.

Observation 12. D. G., 46 ans, à Besançon.

Souffre depuis plusieurs années d'une arthrite chronique de la hanche droite. Depuis quelques mois, les douleurs vont en s'aggravant, survenant chaque nuit, empêchant le sommeil.

L'examen clinique et la radio confirmant le diagnostic d'arthrose de la hanche à type *morbus coxae senilis.*

Le 28 juin 1945, section du nerf obturateur par voie médiane sous-ombilicale sous-péritonéale. On complète l'intervention par un forage du col fémoral.

Revue en décembre 1945. Grosse amélioration, plus de douleurs marche facile presque sans boiterie.

Actuellement, l'amélioration a persisté.

Observation 13. L. J., scieur de long, aux Fins.

Souffre depuis plusieurs années d'une arthrite chronique de la hanche.

L'aggravation actuelle pousse le malade à venir consulter.

Après confirmation radiologique du diagnostic, on pratique une section du nerf obturateur, qui est suivie d'une amélioration immédiate.

Son médecin nous écrit que l'amélioration a persisté à l'heure actuelle.

Le malade exerce maintenant le métier de cantonnier.

Observation 19. P. M. O., 49 ans à Vregille.

Souffre depuis dix ans de la hanche gauche ; très grosse limitation des mouvements articulaires et contracture douloureuse des adducteurs.

Le 27 septembre 1945, section du nerf obturateur par voie médiane sous-péritonéale.

Opération facile, très bonnes suites opératoires.

Le 21 février 1946, très bons résultats, plus de douleurs, malade très content du résultat de l'intervention.

Observation 15. B. B., 69 ans à Dambelin.

Arthrite chronique de la hanche droite et douleurs depuis plusieurs années s'aggravant depuis un mois.

La marche est très douloureuse, tous les mouvements articulaires presque impossibles.

La radio montre un pincement de l'interligne coxo-fémoral des zones de décalcification et d'hypercalcification de la tête fémorale, quelques ostéophytes à la partie inférieure.

Le 20 septembre 1945, section facile du nerf obturateur, à l'entrée du canal sous-pubien.

Le 24 février 1946, les douleurs n'ont pas réapparu, la malade est contente du résultat opératoire. Elle a récupéré suffisamment ses mouvements articulaires pour vaquer facilement à ses occupations ménagères.

Observation 16. B. C., 59 ans, à Nozeroy.

Malade venu consulter pour des douleurs dans le genou. La marche est rendue très difficile par l'existence de douleurs s'irradiant à tout le membre.

L'examen clinique et radiologique montre une arthrose de la hanche à type *morbus coxae senilis*, avec contracture très douloureuse des adducteurs.

Le 14 septembre 1945, laparotomie médiane sous-ombilicale. Recherche et découverte facile du nerf. Section.

Très bonnes suites opératoires, amélioration immédiate.

Le 19 février 1946, persistance de l'amélioration. La malade signale néanmoins que quelques douleurs ont réapparu, mais supportables.

Actuellement, activité limitée, quelques douleurs, beaucoup moins intenses cependant qu'avant l'opération.

Observation 17. C. J., 76 ans, à Montlebon.

Arthrite chronique de la hanche gauche, extrêmement douloureuse.

La radio confirme un diagnostic déjà évident.

Le 8 août 1945, section du nerf obturateur gauche, par voie médiane sous-péritonéale. Opération laborieuse, à cause de l'énorme embonpoint de la malade.

Suites opératoires sans incident.

Malade décédée en 1946, d'affection intercurrente.

Observation 18. F. C., 55 ans, cultivateur à Romain.

Arthrite chronique de la hanche gauche, avec grosse déformation de de la tête fémorale et tendance à l'ankylose.

Le 24 avril 1945, résection du nerf obturateur sur deux centimètres, à l'entrée du canal sous-pubien.

Opération difficile ; mauvaise anesthésie et suintement veineux, nécessitant la mise en place d'un petit drain pendant 24 heures.

Suites opératoires sans incident.

Malade perdu de vue.

Observation 19. C. M., 56 ans à Salans.

Douleur de la hanche droite survenue progressivement depuis deux ans environ. Les traitements médicaux sont restés inefficaces.

Une radio montre une protrusion acétabulaire droite très nette avec disparition du cartilage articulaire et quelques petites productions ostéophytiques.

A l'examen clinique, les mouvements d'abduction et de flexion sont limités et douloureux. L'affection est bilatérale, beaucoup plus douloureuse à droite qu'à gauche.

En décembre 1945, section des deux nerfs obturateurs à leur entrée dans le canal sous-pubien. La découverte des nerfs est un peu difficile parce que l'orifice interne du canal est masqué par un peloton adipeux important qui s'engage dans le canal.

Très bonnes suites opératoires, amélioration immédiate.

Le 4 mars 1946, amélioration persistante. Les douleurs sont très atténuées, la malade vaque sans difficulté à ses occupations ménagères.

Revue actuellement, très bon résultat, marche facile, indolore, malade enchantée du résultat opératoire.

Observation 20. F. J., 56 ans, cultivateur à Marnaux.

Souffre du genou droit depuis deux mois. Aucun trouble auparavant. La douleur est constante, troublant le sommeil.

L'examen physique montre une grosse limitation des mouvements articulaires coxo-fémoraux. Flexion et abduction très douloureuses.

La radio montre un genou intact, alors que la coxo-fémorale est le siège d'une lésion *morbus coxae senilis*.

Le 20 novembre 1945, section du nerf obturateur à l'entrée du canal sous-pubien, par voie médiane sous-péritonéale.

Opération facile, bonnes suites opératoires.

Le 22 février 1946, très bons résultats, plus de douleurs, le membre droit reste seulement plus sujet à la fatigue que l'autre.

Observation 21. C. J., 30 ans, ouvrière à Audincourt.

Malade présentant une luxation congénitale de la hanche droite. Raccourcissement de 3 à 4 centimètres. Depuis trois semaines, présente des douleurs violentes de la hanche luxée, douleurs rendant la marche très pénible, entraînant des insomnies.

A l'examen, douleurs vives à la palpation de l'os coxal droit, limitation marquée très douloureuse de l'abduction, flexion et rotation du membre inférieur droit.

Le 25 mars 1946, section du nerf obturateur à son entrée dans le canal sous-pubien. Opération facile sans incident. Très bonnes suites opératoires, amélioration immédiate, subjective et objective.

Malade perdue de vue.

Observation 22. G. M., 25 ans.

Présente une luxation congénitale de la hanche droite, longtemps indolore.

Opérée en 1941 par Mutel de Nancy, qui pratiqua une ostéotomie sous-trochantérienne, afin d'atténuer la déformation. Bon résultat opératoire. Depuis juillet 1945, date à laquelle la malade eut un accouchement sans incident, des douleurs surviennent dans la hanche, de plus en plus intenses, rendant pénible tout mouvement articulaire. Les adducteurs sont tendus en corde très douloureuse.

Le 2 avril 1946, section du nerf obturateur droit, par voie médiane sous-péritonéale, opération compliquée d'une lésion vasculaire dont l'hémostase fut difficile. Drainage. Suites opératoires sans incident.

Malade perdue de vue.

Observation 23. B. M., 53 ans, cultivatrice à Saint-Juan.

Aucun antécédent pathologique. Souffre actuellement de la hanche droite ; la cuisse est immobilisée en flexion sur le bassin. Ne peut marcher sans canne. A gauche, les mouvements articulaires sont possibles, mais douloureux.

La radio confirme l'existence d'une arthrose coxo-fémorale droite avec destruction du cartilage, pénétration de la tête fémorale dans le cotyle rodé. A gauche, les lésions sont beaucoup moins marquées.

Le 2 avril 1946, section des deux nerfs obturateurs par voie médiane sous-ombilicale sous-péritonéale, opération rendue difficile par l'énorme adiposité de la malade.

Actuellement, disparition complète des douleurs et de la contracture du côté gauche. Aucune amélioration à droite.

Persistance des douleurs dans la hanche et le genou, amélioration cependant après infiltration du sympathique lombaire.

Observation 24. M. M., 44 ans.

Souffre depuis trois ans de la hanche gauche.

Radio et examen clinique mettent en évidence une lésion type *morbus coxae senilis*. Contracture douloureuse des adducteurs.

Le 29 mars 1946, section du nerf obturateur. Amélioration immédiate très nette, qui persiste à l'heure où nous écrivons.

Observation 25. F., 60 ans, aux Prés de Vaux.

Souffre depuis 1942 de la hanche gauche. Fut soigné pour sciatique. A tenté tous les traitements médicaux possibles : cures thermales à Bourbonne, homéopathie, acupuncture.

La radio faite en 1945 montrant une aggravation des lésions par rapport à 1942, le malade vient consulter dans le service de chirurgie de l'hôpital.

A l'examen, claudication, très grosse limitation des mouvements articulaires.

Le 27 mars 1946, section du nerf obturateur droit par voie médiane sous-péritonéale. Très bonnes suites opératoires.

Disparition immédiate des douleurs qui n'ont pas réapparu à la date où nous écrivons.

Observation 26. P. H., 54 ans.

Souffre depuis plusieurs années du membre inférieur droit.

Examen clinique et radio mettent en évidence une arthrose de la hanche droite avec pincement de l'interligne et déformation de la tête. Lésion peu avancée.

Le 3 avril 1946, section du nerf obturateur droit.

Bonnes suites opératoires, bons résultats immédiats.

Observation 27. S. C., à Anteuil, 58 ans.

Souffre depuis un an de sa hanche gauche ; présente une arthrose du type *morbus coxae senilis*.

Le 1er mai 1946, section du nerf obturateur gauche, facile.

Amélioration immédiate, mais de peu de durée. Les douleurs ont repris, moins intenses cependant qu'avant l'opération.

Observation 28. F. C., 62 ans, à Besançon.

Atteinte de rhumatisme ankylosant ; les deux articulations coxo-fémorales sont ankylosées et douloureuses.

On pratique ici une section des deux nerfs obturateurs dans le seul but de soulager les douleurs.

Intervention facile, sans incident.

Actuellement, l'amélioration subjective espérée persiste, le malade est satisfait des résultats obtenus.

Observation 29. C. M., 35 ans.

Maladie de *Little*. Les deux membres inférieurs sont en varus équin, l'attitude vicieuse en adduction serrée des cuisses gêne terriblement la malade et c'est ici une diminution de la contracture des adducteurs que l'on cherche à obtenir par section des deux nerfs obturateurs.

Le 4 juillet 1946, l'intervention est facile, sans incident.

La malade est ensuite immobilisée en abduction. Bon résultat fonctionnel.

Observation 30. G. L. 70 ans, cultivateur à Landresse.

Arthrose ancienne de la hanche gauche, devenue très douloureuse avec irradiation des douleurs dans tout le membre.

La radio montre une forme très avancée, avec disparition presque complète de l'interligne.

Le 21 août 1946, laparotomie sus-pubienne, extrapéritonéale découverte difficile du nerf, qui est perdu dans un énorme tissu graisseux sous-péritonéal.

On parvient néanmoins à l'isoler et à le sectionner sans incident.

L'amélioration immédiate post-opératoire n'a pas persisté et actuellement le malade souffre à nouveau.

Observation 31. J. S., 44 ans, à Sainte-Suzanne.

Arthrose très douloureuse de la hanche gauche. Subluxation congénitale, très douloureuse depuis 1940. Echec de tous les traitements médicaux. Les douleurs sont presque continuelles, irradiant au genou, rendant presque impossible la marche.

La radio, comparée à celle de 1940, montre une grosse aggravation des lésions. La tête fémorale est très déformée et ascensionnée.

Section du nerf obturateur facile, le 25 octobre 1946.

Amélioration immédiate, mais temporaire, les douleurs ont réapparu, mais beaucoup moins vives qu'avant l'intervention.

Observation 32. Sœur S. D., 46 ans.

Malade atteinte d'ostéomyélite chronique du fémur et du bassin depuis l'âge de six ans.

Crise rhumatismale depuis 1920, soignée successivement à Dax et à Bourbonne.

Depuis 1944, douleurs dans la hanche, tendant à devenir continues, mouvements articulaires de plus en plus limités.

La radio montre une arthrose coxo-fémorale ankylosante, sur hanche sub-luxée. Les douleurs deviennent bilatérales et, le 24 octobre 1946, on pratique une section des deux nerfs obturateurs, simple et sans incident.

Résultat immédiat très bon, mais les douleurs reparaissent à droite, alors que la hanche gauche reste très améliorée.

Observation 33. Madame D., 58 ans.

Souffre depuis deux ans de sa hanche droite. Douleurs progressivement croissantes, irradiées à tout le membre, survenant même la nuit.

La radio montre un épaississement de tout le corps fémoral avec des zones de densification, quelques taches claires d'aspect kystique, un pincement articulaire.

Le 12 novembre 1946, section du nerf obturateur correspondant. Opération facile, sans incident, mais qui n'amène qu'une amélioration temporaire.

Les douleurs ont repris actuellement, moins vives cependant.

Observation 34. G. R., 50 ans, cultivatrice à Voujeaucourt.

Souffre depuis 18 mois de façon progressive d'une arthrose de la hanche gauche datant de plusieurs années.

La radio met en évidence des lésions avancées de l'articulation coxo-fémorale ; boiterie très marquée.

Section du nerf obturateur le 6 février 1947 et recherche systématique d'un nerf accessoire, apparemment inexistant.

Très bonnes suites opératoires.

Actuellement, amélioration très nette et persistante. La malade a repris son activité antérieure et se dit enchantée du résultat opératoire.

Observation 35. Sœur C. M., 49 ans.

Souffre depuis trois ans de la hanche droite. Très grosse limitation des mouvements articulaires. Les lésions semblent bilatérales, moins marquées cependant à gauche.

L'examen radiologique confirme le diagnostic clinique et le 18 février 1947, on pratique sans incident une section des nerfs obturateurs.

Amélioration immédiate, qui s'est maintenue à l'heure où nous écrivons.

Observation 36. G. 55 ans, maçon à Quingey.

Trés ancienne coxarthrie droite, à évolution lente, mais qui cependant gêne actuellement le malade au point qu'il ne peut plus continuer son métier de maçon. Les mouvements de l'articulation sont relativement conservés, mais douloureux.

La radio montre une forme hypertrophiante avec de nombreuses proliférations ostéophytiques.

10 avril 1947, section du nerf obturateur, facile et sans incident.

Opération trop récente pour qu'on puisse en juger le résultat.

Observation 37. D. J., 20 ans.

Il s'agit d'un jeune infirme atteint de maladie de *Little*, ayant subi à l'âge de sept ans un allongement bilatéral des tendons d'Achille et qui revient consulter. Ses deux cuisses sont en adduction serrée et irréductible et le gênent considérablement.

Le 12 février 1943, on pratique donc une section bilatérale du nerf obturateur.

Revu à l'heure actuelle, très bon résultat ; la contracture des adducteurs a cédé. Amélioration de la marche.

CONCLUSIONS

Que pouvons-nous penser personnellement des résultats obtenus par la seule section du nerf obturateur, pratiquée par nous depuis cinq ans sur les trente-sept sujets dont les observations précèdent ?

— Les deux cas de *maladie de Little* ont obtenu l'amélioration purement symptomatique recherchée : un relâchement de la contracture en corde des adducteurs.

Quant aux *coxarthriques*, la difficulté de notre jugement vient surtout du recul insuffisant encore ; néanmoins, sur les 29 cas dont nous avons pu suivre l'évolution, nous avons obtenu :

9 *très bons résultats* (douleurs complètement disparues, récupération motrice quasi-normale).

14 *résultats assez bons* (où le malade fut soulagé, sans toutefois pouvoir reprendre son activité antérieure : fatigue rapide, certains mouvements encore douloureux ; néanmoins satisfait subjectivement d'avoir obtenu ce que tous les traitements antérieurs n'avaient pu lui procurer) soit donc 48 pour cent.

Il reste donc 21 *pour cent d'échecs totaux*, où l'amélioration fut absolument nulle.

C'est dans ces cas, je crois, qu'il faudra compléter l'énervation de la hanche, comme le font Padovani et Tavernier.

Mon Maître, le Docteur G. Tisserand a opéré *tous* les malades venus à lui, quelque soit leur âge (rappelons encore que 26 sur 33 ont plus de 50 ans).

Or, si chez les jeunes coxarthriques, une opération complète comme l'arthroplastie est indubitablement à conseiller, nous pensons qu'un soulagement très notable (et c'est ce que tous nos malades demandaient) peut être obtenu par cette intervention facile, bénigne, absolument inoffensive, qu'est

LA SECTION DU NERF OBTURATEUR.

Vu : *Le Doyen,*
Signé : BINET

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris

Le Doyen de la Faculté des Sciences
chargé des fonctions de Recteur de
l'Académie de Paris

Vu : *Le Directeur,*
Dr MATHIEU
Signé :

BIBLIOGRAPHIE

Testut. — Précis d'anatomie.

Rouvière. — Anatomie.

Cadenat. — Voies de pénétration du membre inférieur.

Ombredanne. — Maladie de *Little.*

Creyssel et *Dargent.* — Résection arthroplastique et section du nerf obturateur pour arthrite sèche bilatérale, coxo-fémorale (Lyon chirurgical, juillet 1939).

J. J. Herbert . — Section du nerf obturateur et forage dans le traitement de la coxarthrie. (Avenir Médical, juillet 1943).

Le Cat. — Place de la section du nerf obturateur dans le traitement de l'arthrite chronique de la hanche. (Thèse de Lyon, mars 1939).

G. Lemaître. — Contribution à l'étude du traitement des arthrites chroniques de la hanche par la section des nerfs obturateurs. (Thèse de Lille, 1943).

Lepoutre, Langeron et *Michaux.* — Traitement des arthrites chroniques de la hanche par la section du nerf obturateur. (Journal des Sciences médicales de Lille, mai 1944).

Leriche. — De la section du nerf obturateur dans les arthrites chroniques de la hanche. (Mémoires de l'Académie de Chirurgie, février 1939).

Luzuy. — Résultat du traitement de quatorze cas de coxarthrie par section des nerfs sensitifs de l'articulation, (Progrès médical, mai 1945).

Mallet Guy et *Demourgues.* — Arthrites chroniques de la hanche traitées par section endo-pelvienne du nerf obturateur (Lyon médical, octobre 1941).

Merle d'Aubigné. — Traitement chirurgical de la coxarthrie (Semaine des Hôpitaux, 14 mars 1947).

Padovani. — Section du nerf obturateur dans les arthrites chroniques de la hanche. (Mémoires de l'Académie de chirurgie).

Padovani. — Opérations nerveuses dans le traitement de la coxarthrie. (Semaine des Hôpitaux, janvier 1946).

Papin (E.). — Enervation articulaire totale de la hanche, traitement de choix de l'arthrite déformante. (Revue du rhumatisme, juillet 1946)

Ricard et *Francillon*. — A propos de la section du nerf obturateur dans les arthrites sèches douloureuses de la hanche. (Lyon chirurgical, avril 1939).

Tavernier. — Section du nerf obturateur dans les arthrites sèches douloureuses de la hanche. (Lyon chirurgical, avril 1939).

L. Tavernier. — Section du nerf carré crural, opération complémentaire de la section de l'obturateur dans les arthrites sèches de la hanche. (Lyon chirurgical, 1943).

M. Tavernier. — Enervation totale de la hanche dans les arthrites.

Van de Casteele et *Merlen*. — Section du nerf obturateur dans le traitement des arthrites chroniques douloureuses de la hanche. (Revue du rhumatisme, février 1945).

P. Vanney. — La section du nerf obturateur dans les arthrites chroniques de la hanche; ses résultats éloignés ; thèse de Lyon, 1941).
La section du nerf obturateur dans le traitement de la coxarthrie (Paris Médical, novembre 1942).

2942 - 9-1947 — Imprimerie Jacques et Demontrond, Besançon.
Dépôt légal 3e trimestre 1947. — N° 4415.